

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

<b>TABLA FEDERAL DE INGRESOS</b>			
Para el Año 2011-2012			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	20,147	1,679	388
2	27,214	2,268	524
3	34,281	2,857	660
4	41,348	3,446	796
5	48,415	4,035	932
6	55,482	4,624	1,067
7	62,549	5,213	1,203
8	69,616	5,802	1,339
Cada persona adicional:	7,067	589	136

**Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos (SNAP), Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF/FEP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

---

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmision en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor de igualdad de oportunidades y empleo.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

**Si su familia recibe CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP) o FEP o FDPIR, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños, escuela, y # de alumno o grado.

**Parte 2:** Anote el número de caso de cupones para alimentos (SNAP) o Marque la casilla si es niño de crianza temporal o si el niño no tiene ingresos FEP o FDPIR.

**Parte 3 y 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Si usted está solicitando para un HIJO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:** No necesita llenar una solicitud para cada niño de crianza. **Si todos los niños en el hogar son de crianza:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños, escuela, y # de alumno o grado. Si esta solicitud es para niños de crianza marque la casilla.

**Parte 2, 3 y 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro números de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Si solamente algunos de los niños son de crianza temporal en el hogar:**

**Parte 1:** Anote todos los miembros que viven en el hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona, incluyendo niños sin ingreso, marque la casilla de no ingresos Marque la casilla si el niño/a es de crianza.

**Parte 2:** Si el hogar no tiene número de caso salte esta parte.

**Parte 3:** Si algún niño que está aplicando no tiene hogar, emigrante o fugitivo marque la casilla y nombre al coordinador de la persona sin hogar. El nombre y el número del coordinador aparecen en la carta enviada con esta aplicación. Si no tiene esa información salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar los ingresos de este mes o el mes pasado.

- **Casilla 1- Nombre:** Anote todos los miembros con ingreso en su hogar.

- **Casilla 2 - Ingresos y cuantas veces fue recibido:** Por cada miembro en su hogar apunte que tipo de ingreso fue recibido mensual. Qué frecuencia recibe el dinero, semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. Para ganancias por favor anote el ingreso, cantidad ganada antes de los impuestos y otras deducciones. Por otros ingresos, anote la cantidad que cada persona que recibió en el mes, de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario beneficios de veteranos y beneficios de incapacitados. Anote en otros ingresos, compensación del trabajador, desempleo beneficios de huelga, contribución de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluir ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales para educación, pagos de crianza que la familia recibió de la agencia de colocación. Si son **trabajadores por cuenta propia** reportar los gasto/costos bajo la ganancia del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la **Iniciativa de vivienda militar privatizada** o recibe pago por combate, no tiene que incluir ese ingreso.

**Parte 5: Miembro** adultos del hogar deben de firmar la solicitud y listar los últimos cuatro números de su seguro social. (o marque la casilla si no tiene uno)

**Si nadie en su familia recibe beneficios de SNAP o FEP o FDPIR y si algún niño en su casa no tiene hogar, un emigrante o que ha abandonado, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Anote el nombre de cada niño, escuela y # de alumno o grado.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Marque la casilla apropiado.

**Parte 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. El numero de Seguro Social no es necesario.

**PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo los que reciben WIC, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote el nombre de cada niño, escuela y # de alumno o grado. Si los niños en su hogar no reciben ingresos marque la casilla.

**Parte 2 y 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia del mes pasado.

**Columna 1- Nombre:** Anote el nombre y apellido de cada una de las personas que vive en su hogar que reciben ingresos ya sean o no parientes (tal como abuelos, otros parientes o amigos). Añade otra página si es necesario.

**Columna 2-Marque si no hay ingresos:** Si la persona no tiene ingresos, marque el bloque.

**Columna 3- Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido:** Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos que recibieron el mes pasado y cuantas veces los recibieron. Por ejemplo, *Ingresos de empleo:* Escriba el ingreso que cada persona ganó.

Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.**

La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Al lado de la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente). *Otros Ingresos:* Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de: asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, (segunda columna), pensión de jubilación, Seguro Social (tercera columna) y CUALQUIER OTRO INGRESO (cuarta columna). En las demás columnas incluya, compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted es parte de la

Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

**Parte 5:** Un adulto debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro números del Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

## SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños					Parte 2.
Nombres de todos los niños (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	# de alumno o de Grado	Marque la casilla si los niños son de crianza temporal	Marque si no hay ingresos	# de Cupones de Alimentos (SNAP), FEP, FDPIR. Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado.** Sin Hogar   
 Emigrante  Abandonó su Hogar

**Parte 4. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe**

1. Nombre (Lista de todos los otros miembros del hogar.)	2. Marque si no hay ingresos	3. Ingreso bruto y frecuencia							
		Ganancias del trabajo antes de deducciones		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio		Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social		Otros Ingresos	
		Ingreso	Veces Pagado	Ingreso	Veces Pagado	Ingreso	Veces Pagado	Ingreso	Veces Pagado
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	

**Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)**

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro números del Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

*Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme Aquí: X \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \*\*\* -\*\*- \_\_\_\_-\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

**Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)**

Marque una o más de las identidades raciales: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro	Marque una identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino
--	--

**No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_  
 Categorical Eligibility: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 Temporary: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Error Prone:   
 Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas, en inglés). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. (El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

---

**No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

---

Sí  No Mis hijos tienen seguro medico (incluyendo CHIP o Medicaid).

# CHIP

**Asegurando a los Niños de Utah**

CHIP es un plan estatal de seguro de salud para niños.  
Las familias de Utah que no tienen otro seguro de salud pueden calificar.

Llame para recibir una solicitud o presente su aplicación en Internet:

**1-877-543-7669**

**[www.health.utah.gov/chip](http://www.health.utah.gov/chip)**